MOUVEMENT DES MALADES

A

L'HOPITAL CIVIL D'OSTENDE,

PENDANT L'ANNÉE 1842;

PAR

LE DOCTEUR VERHAEGHE,

Chirurgien du dit Hôpital,
Membre Correspondant de la Société des Sciences Médicales
et Naturelles de Bruxelles,
et de la Société Médico-Chirurgicale de Bruges.



BRUGES,
CHEZ FELIX DE PACHTERE,
IMPRIMEUR DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-CHIRURGICALE DE BRUGES.
1844.

Maladies diverses du cœur.	4	Catharre vésical.	4
Rhumatisme articulaire aigu.	5	Calcul vésical.	1
« « chronique.	1	Fistule urinaire.	1
« musculaire.	2	« à l'anus.	2
Gastrite aiguë.	3	Tumeurs fibreuses de l'utérus.	1
« chronique.	2		
Hématémèse.	1	Paralysie du bras.	1
Entérite chronique.	6	Névralgies.	2
Ictère.	1	Tumeur blanche.	1
Engorgement de la rate.	2	Ulcères scrofuleux.	1
Albuminurie.	2	Carie des os.	1
Erysipèle de la face.	1	Ulcères atoniques.	8
Rougeole.	2	Engelures.	2
Courbature.	6	Dermathose (Eczema).	1
Fièvre typhoïde.	7	Onyxis.	1
« intermittente.	18	Syphilis.	21

EXPOSÉ DE QUELQUES FAITS PARTICULIERS, PRIS PARMI CEUX QUI ONT OFFERT LE PLUS D'INTÉRÊT.

Polype fibreux des fosses nasales. Ligature.

La veuve De Mey, âgée de 52 ans, entra à l'hôpital, au mois de Janvier, pour se faire débarrasser d'un polype énorme qu'elle portait dans la fosse nasale droite. Le mal, dont l'origine remontait à plus de deux ans, avait fait de grands progrès pendant les trois derniers mois. Il remplissait toute

---

l'hôpital par les Administrations de Bienfaisance de quelques villages des environs.

Nous avons cru devoir faire cette remarque, parce que ce nombre est tout-à-fait hors de proportion avec celui des années précédentes : un relevé statistique d'une série de dix années a, en effet, démontré qu'à notre hôpital cette maladie n'entre que pour un vingt-cinquième dans la mortalité générale.

la fosse nasale et faisait saillie, en arrière, dans le pharynx; tandis qu'en avant, il avait distendu la narine outre mesure et déjété l'aile du nez jusqu'au milieu de la face. Une surdité, provenant, comme on le verra plus loin, de l'occlusion de la trompe d'Eustache, par l'extrémité postérieure du polype, était venu ajouter, depuis peu, au désagrément de l'affection principale.

L'endroit où s'implantait le pédicule de ce polype était très-difficile à trouver, toutes nos recherches pour y parvenir restaient infructueuses. Celà ne nous empêcha pas de procéder à l'opération de la ligature, seul moyen de débarrasser la malade de son infirmité. Nous choisîmes le procédé suivant que nous avions vu employer par Dupuytren et qui est une modification de celui de Dubois.

La patiente placée devant une croisée, on commença par placer, dans la narine du côté malade, au moyen de la sonde de Bellocq, une forte ligature, de manière à ce que le milieu du fil, formant une anse, restait dans l'arrière-bouche, et que les deux chefs pendaient hors de la narine. Un petit ressort, de ceux qui entrent dans la confection des bretelles et long d'un pouce, glissait librement sur le milieu de cette ligature et en maintenait l'anse ouverte : un fil simple d'une couleur différente de celle de la ligature principale, et attaché à l'une des extrémités du ressort, accompagnait un des chefs de la ligature. Il était destiné à extraire le ressort par la narine, en le faisant glisser sur un chef de la ligature : chose qu'on exécutait en tirant sur le fil simple. Enfin un autre fil, attaché au milieu de l'anse, et pendant hors de la bouche, servait à retirer tout l'appareil dans l'arrière-bouche, au cas où l'anse n'aurait pas saisi le pédicule.

Le tout étant ainsi disposé, on tira sur les chefs de la ligature sortant par la narine, tandis que les deux premiers doigts de la main gauche, placés profondément dans l'arrière-

bouche, guidèrent l'anse, tenue ouverte par le ressort, autour de l'extrémité postérieure du polype. Une première tentative ne réussit point; mais à la seconde, le pédicule fut saisi. On tira alors sur le fil de couleur tranchante qui pendait hors de la narine, et l'on ramena par là le ressort devenu inutile. La constriction fut opérée au moyen d'un serre-nœud de Mayor. Il ne fut pas passé de fil à travers l'extrémité postérieure du polype, parce que le corps de celui-ci, engagé dans les anfractuosités de la fosse nasale, s'y trouvait assez solidement fixé pour que sa chûte sur la glotte, au moment de la section du pédicule, fut à craindre.

Le dixième jour après l'opération, la ligature, qui avait été serrée plusieurs fois dans cet intervalle, avait atteint son but; le polype, réduit en putrilage, fut extrait au moyen de pinces, et quelques injections détersives terminèrent la cure.

Dès le jour où la fosse nasale se trouva débarrassée du polype, la surdité avait notablement diminué, et l'ouie se rétablit bientôt dans toute sa pureté. Il était dès lors évident qu'elle avait eu sa source dans l'occlusion de la trompe d'Eustache par l'extrémité postérieure du corps étranger qui s'était fait jour dans le pharynx.

Au bout de quelques mois, le mal reparut, et nous fîmes plusieurs tentatives inutiles pour le détruire par arrachement. La malade se décida enfin à se soumettre de nouveau à l'opération de la ligature; mais une bronchite chronique, liée à une affection organique du cœur, empêcha qu'elle fut faite, et nous dûmes abandonner cette femme à son malheureux sort!

L'opération qui consiste à placer une ligature autour des polypes qui pendent dans le pharynx, est regardée, avec raison, comme une des plus difficiles de la chirurgie : le grand nombre de procédés inventés pour atteindre le but en est une preuve. Il faut avoir été temoin des efforts incessants de vomissements que font les malades, sous l'influence de l'attouchement

de parties aussi sensibles que celles au milieu desquelles les doigts doivent manœuvrer, pour se faire un idée, des obstacles que l'on rencontre dans son exécution. L'emploi d'un petit ressort pour maintenir l'anse de la ligature ouverte, est une heureuse modification, et surpasse de beaucoup le morceau de sonde en gomme élastique dont on fait usage dans le procédé de Dubois. Il répond parfaitement au but que Dupuytren s'était proposé, c'est-à-dire de tenir l'anse ouverte, tout en conservant la souplesse de la ligature.

Fistule à l'anus. Opération. Hémorrhagie. Phlébite consécutive. Mort.

La nommée Barbe Van Dierendonck, âgée de 70 ans, d'une excellente constitution, entra à l'hôpital avec un abcès à la marge de l'anus, ouvert depuis peu de jours. Un stylet, introduit par une ouverture, pénétra facilement dans le rectum, à travers un orifice placé immédiatement au tissu du sphincter. Nous tardâmes quelques jours de faire l'opération, afin que le tissu cellulaire put se dégorger suffisamment.

Le 15 Février, une sonde cannelée, flexible, fut introduite par la fistule, jusque dans le rectum, et son extrémité ramenée par l'anus : un bistouri coupa tous les tissus compris au-devant de la sonde. Il n'y eut, dans ce moment, aucune hémorrhagie qui dut fixer l'attention, et un pansement à mèche termina l'opération.

Trois heures après, on vint nous appeler en hâte : la malade, tourmentée par des envis d'aller à la garde-robe, avait expulsé la mèche ainsi qu'une grande quantité de sang caillé. Le sang coulait en nappe et d'une manière abondante; il était impossible d'en découvrir l'origine précise : la malade était très-faible et avait eu plusieurs syncopes. Nous nous empressâmes d'appliquer l'appareil compressif de J. L. Petit,

nous préparant à cautériser avec le fer chaud, au cas où le tamponnement n'aurait pas arrêté cette hémorrhagie.

L'appareil fut ôté après trente-six heures, et tout marcha bien pendant huit jours : la plaie suppurait convenablement, l'état général était satisfaisant : à cette époque il survint, sans cause connue, un frisson très-fort suivi d'une fièvre intense : les symptômes d'une phlébite (frissons et sueurs revenant à des intervalles irréguliers, prostration des forces, délire, diarrhée, et tout le cortège des signes typhoïdes) devinrent évidents et la malade succomba le 10 Mars.

Nous regrettons que des circonstances indépendantes de notre volonté, nous aient empêché de faire l'autopsie et de compléter ainsi l'historique de ce cas.

Plaie de tête avec fracture du crâne et enfoncement de plusieurs esquilles.

Cette plaie avait été occasionnée par la chute d'un grosse tuile du haut d'une maison. La blessée était une jeune fille de dix ans, et la plaie occupait le sommet de la tête, un peu à droite de la ligne médiane. Conduite aussitôt après l'accident à l'hôpital, cette enfant était très-pâle, elle avait vomi plusieurs fois, mais n'avait point eu de selles involontaires : le pouls était petit et très-lent.

Après avoir coupé les cheveux du sommet de la tête, nous trouvâmes, à droite de la ligne médiane, une plaie d'un pouce de longueur, dont les bords étaient irréguliers et comme mâchés. Un stylet et ensuite le petit doigt introduits dans le fond de la blessure trouvèrent une large fracture du pariétal avec enfoncement et mobilité des esquilles.

Cette plaie fut débridée crucialement pour mettre la fracture à nu : trois esquilles, dont une très-large et deux autres plus petites, étaient enfoncées à un demi-centimètre

au-dessous du niveau de la voute du crâne. Elles furent soulevées au moyen du levier, et, comme elles étaient tout-à-fait isolées du reste de l'os, elles furent extraites. Cette opération laissa, à la voute crânienne, une ouverture irrégulièrement arrondie de quatre centimètres de diamètre, au fond de laquelle on vit les meninges intactes avec leurs mouvements de soulèvement et d'abaissement alternatifs. Il n'y avait pas d'épanchement de sang.

La plaie fut pansée avec une compresse fenêtrée, recouverte de plumasseaux, de quelques compresses maintenues par une capeline de Galien. La stupeur ne tarda pas à se dissiper, et le lendemain, à la visite, nous trouvâmes la petite malade dans un état très-satisfaisant. La face était colorée, le pouls était relévé, les vomissements avaient cessé, en un mot, une réaction salutaire avait remplacé la scène de la veille.

Rien n'a interrompu la marche rapide vers la guérison et la cicatrisation était achevée après six semaines. Une plaque en argent mince fut placée à l'endroit de la cicatrice où l'on vit encore dix-huit mois après, les mouvements du cerveau à travers le tissu inodulaire.

Large fracture du crâne avec enfoncement de plusieurs esquilles; déchirure des méninges et sortie d'une portion de la substance cérébrale.

Voici l'état dans lequel était le blessé, matelot Danois, âgé de 19 ans, au moment où il fut apporté à l'hôpital, peu d'instants après qu'il était tombé du haut du grand mat d'un navire. Pâleur de toute la superficie du corps; pouls petit et lent (64 pulsations par minute); point de vomissement ni de déjections involontaires; respiration plaintive; stupeur profonde, mais répondant quoique avec beaucoup de lenteur, à nos questions; point de paralysie; écoulement abondant de sang par le nez, la bouche et l'oreille gauche; plaie de deux

pouces de longueur au-dessus du sourcil gauche, avec fracture du frontal dans une étendue considérable; déchirure des méninges et sortie d'une portion de substance cérébrale du volume d'une grosse noix, entièrement desorganisée et réduite en une pulpe grisâtre.

Nous commençâmes par débarrasser le devant de la tête des cheveux, et mîmes ainsi à nu toute la plaie de la peau. Nous la débridâmes largement, par une incision cruciale, pour découvrir toute l'étendue de la fracture, que nous trouvâmes formée par plusieurs esquilles de différentes largeurs, et qui étaient enfoncées de plus d'un centimètre au-dessous du reste de l'os. Les méninges étaient déchirées et les lambeaux de la dure-mère étaient pincés entre les esquilles : le cerveau avait été entamé, et une portion de sa substance, réduite en pulpe de couleur grisâtre sortait à travers la fracture et se trouvait aussi étranglée entre les esquilles. Cinq de ces esquilles, entièrement libres, furent extraites au moyen de pinces à anneaux, une d'elles mérite d'être cité par son volume; elle a cinq centimètres de largeur. Cette opération laissa à la voute du crâne une ouverture irrégulièrement arrondie, de seize à dix-sept centimètres de circonférence. Comme la portion de substance cérébrale, qui pendait hors de la plaie, était tout-à-fait desorganisée, nous l'enlevâmes, avec le bistouri, sans que le blessé, qui pendant le reste de l'opération n'avait cessé de crier et de faire des mouvements pour se dégager, manifestât de la douleur.

Il sortit, par cette ouverture, une grande quantité de sang, en partie liquide et en partie caillé. Le pansement consista en une compresse fenêtrée, des plumasseaux, des compresses et une capiline.

Quelques heures après le pansement, le blessé vomit deux fois; le pouls s'était relevé mais conserva la même len-

teur. Il y avait, du reste, calme. (saignée, boissons acidulées.)

Le lendemain il existait un peu d'assoupissement; les réponses étaient lentes, mais justes; le vomissement ne s'était pas répété : le pouls plein et a 60 pulsations par minute. (Nouvelle saignée : lavement purgatif.)

Le 3me jour, même état, le blessé avait eu deux selles de son lavement. (Nouveau lavement purgatif.)

Le 4me jour, la plaie fut pansée. La substance cérébrale, de couleur grisâtre, très-molle et diffluente, dépassait un peu les bords de la fracture, ou en d'autres termes, faisait légèrement hernie. (Même pansement.)

Le 5me jour, la paupière supérieure gauche était œdémateuse et très-enflée : le pouls était à 64. Vers le soir, l'assoupissement, qui avait disparu, revint plus fort que jamais, l'intelligence était très-obtuse et c'était avec grande peine qu'on obtenait une réponse à nos questions. Le blessé laissait couler sous lui, et le pouls conservait toujours la même lenteur. Nous pratiquâmes une troisième saignée et mîmes des sinapismes aux extrémités inférieures.

Ces symptômes persistèrent le 6me jour; mais le 7me, à la visite du matin, nous trouvâmes un amendement notable. La sensibilité était revenue, l'assoupissement disparu, et le blessé avait la conscience de ses actions : le pouls restait à 64.

La plaie suppura abondamment et l'on trouva, à chaque pansement, dans les pièces de l'appareil, une substance pulpeuse, à demi-liquide, provenant évidemment de la substance cérébrale tombée en suppuration.

A dater de ce moment, tout marcha bien au gré de nos désirs. La substance cérébrale du fond de la plaie se retira graduellement par suite du dégorgement : elle se recouvra insensiblement de bourgeons cellulo-vasculaires, qui se confondirent bientôt avec ceux qui s'élevèrent des bords de la

plaie. Il resta, à l'endroit de la fracture, un enfoncement ou espèce de sinus d'un pouce et demi de profondeur, que la cicatrisation ne parvint pas à combler en entier, et où l'on remarquait, même longtemps après la parfaite guérison, les mouvements très-prononcés de la masse cérébrale. Une plaque en argent mince garantira cette partie de toute injure extérieure.

La fracture du crâne, dont nous venons de faire l'histoire, est certainement une des plus graves qui puissent se rencontrer dans la pratique chirurgicale. Une chose digne de remarque, c'est que la lésion si profonde d'un hémisphère cérébral n'ait produit aucun accident primitif grave : bien plus, une partie de cet hémisphère a été enlevée, sans que le physique ou le moral du blessé ait été dérangé. Dupuytren répétait volontiers, dans de semblables occasions, que le grand fracas des os du crâne, est souvent, pour les blessés, une cause de salut. En effet, dans ces sortes de lésions, on a peu à craindre du côté de la compression cérébrale, puisque l'ouverture faite à la boîte du crâne laisse passer tout le sang sorti de ses vaisseaux, ainsi que les produits de l'inflammation, et permet au cerveau tuméfié de se faire jour au-dehors.

Nous avons ici une nouvelle preuve de la vérité de cette assertion, car il n'y a point de doute que les symptômes graves, observés les cinquième et sixième jours, et qui dénotèrent un commencement de compression cérébrale due au gonflement inflammatoire de cet organe, ne durent leur rapide disparition à la facilité avec laquelle le cerveau tuméfié put se faire jour à travers la fracture, et se débarrasser, par la même voie, des produits de l'inflammation.

Le troisième cas de plaie de tête avec fracture du crâne que nous avons eu à l'hôpital dans le courant de l'année,

mérite à peine d'être cité. Il avait lieu chez un employé du chemin de fer qui, voulant sauter à terre lorsque déjà le train était en marche, fit une chute, dans laquelle sa tête heurta contre l'angle du marche-pied d'une voiture. De là, une plaie longitudinale au milieu du pariétal droit, avec enlèvement d'une partie de la table externe de l'os. Il n'y avait point de signes de compression cérébrale. Un pansement simple fut appliqué, la plaie suppura, et quinze jours suffirent pour que cet individu put reprendre son service.

Calcul vésical. Taille bilatérale.

Pierre Rycquart, âgé de dix à onze ans, de constitution un peu lymphatique, habitant la commune de Leffinghe, fut placé à l'hôpital le 1er Août 1842. Les parents nous racontèrent que, depuis l'âge de trois ans, leur enfant avait commencé à souffrir chaque fois qu'il devait uriner : il lui arrivait souvent de voir échapper les urines involontairement, tandis que, d'autres fois, leur excrétion nécessitait de grands efforts : le gland était continuellement tiraillé par suite du chatouillement que l'enfant y ressentait. Ces circonstances nous firent soupçonner l'existence d'une pierre dans la vessie, et nous soumîmes aussitôt le malade au cathéterisme. Cette opération nous confirma dans notre opinion, et le calcul parut volumineux. L'opération de la taille bilatérale fut pratiquée le 5 du même mois, en présence de plusieurs médecins, parmi lesquels se trouvaient MM. Vleminckx, Président de l'Académie royale de Médecine et De Meyer, Président de la Commission médicale de la province. Aucun accident ne vint interrompre la prompte exécution de l'opération, seulement le volume du calcul rendit son extraction un peu lente. Le lithotôme de Dupuytren avait été fixé à sept lignes.

Après l'opération, on fit, dans la vessie, quelques injections d'un liquide émollient, et le malade fut rapporté dans son lit, sans qu'aucune pièce de pansement fut appliquée sur la plaie.

Les urines commencèrent à couler par la verge au 5me jour, et, au bout de trois semaines, cet enfant quitta l'hôpital.

La pierre a une forme ovale, elle pèse douze grammes et offre 3 centimètres dans son plus grand diamètre et 2 $\frac{1}{2}$ dans son plus petit.

Nous ne tardâmes pas à revoir cet enfant à l'hôpital. La plaie qui était parfaitement cicatrisée, au moment de sa sortie, s'était ouverte, après quelques jours de souffrances, et une petite fistule s'était établie. L'orifice externe en était si petit, qu'il nous aurait échappé si nous n'avions vu sortir, de temps en temps, une goutte d'urine.

Nous tachâmes de guérir cette fistule, en introduisant, dans la vessie, une sonde de gomme élastique, laissée à demeure; mais la présence de cet instrument irrita la membrane muqueuse au point de donner lieu à un écoulement urétral fort abondant, sans diminuer la quantité d'urine qui passait par la fistule. Après trois semaines de ce traitement infructueux, nous otâmes la sonde et nous nous bornâmes à faire, dans le trajet fistuleux, des injections avec une solution concentrée de nitrate d'argent. Sous l'influence de ce moyen, le passage de l'urine se tarit bientôt et la fistule se guérit rapidement.

Abcès dans les parois du ventre. Suite de couches.

La nommée Rosalie Van Den Berghè, femme Riebeke, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, mariée depuis un an, accoucha prématurément au septième mois de sa première grossesse. La sécrétion de lait eut lieu d'une manière très-incomplète et au huitième jour après ses couches, elle fut prise de fièvre, accompagcée de vives douleurs dans le

côté gauche du ventre. Cette partie était très-douloureuse à la pression, et elle s'aperçut bientôt qu'il y existait une dureté très-profonde. La femme garda le lit pendant trois mois en appliquant toujours des cataplasmes sur le ventre. Au bout de ce temps, et après plusieurs alternations de mieux et de récrudescence, elle entra à l'hôpital où nous la trouvâmes dans l'état suivant : tumeur très-dure et très-douloureuse, située profondément dans la région iliaque gauche, de forme ovale et dirigée obliquement dans le sens de l'arcade crurale qui la limitait brusquement en bas, tandis qu'en haut, elle se perdait insensiblement dans les parois du ventre, avec lesquelles elle faisait corps, ce dont on acquit la conviction en promenant le plat de la main de haut en bas, de manière à déplacer la tumeur; il arrivait alors qu'elle suivait, sous l'impression de la main, les mouvements des parois abdominaux. La peau n'était pas changée de couleur et les mouvements du membre de ce côté ne causaient aucune douleur. Les symptômes généraux consistaient en une petite fièvre avec redoublements le soir, et sueurs vers le matin.

On appliqua 25 sangsues sur la tumeur, on la couvrit de cataplasmes et la femme prit de jour à autre un bain de siège. Les sangsues furent répétées tous les cinq à six jours pendant environ un mois. Au bout de ce temps, la tumeur avait augmenté sensiblement de volume, elle était devenue plus superficielle; la peau était d'une couleur érysipélateuse et un peu empatée. Bientôt le centre commença à proéminer et l'on y sentit une fluctuation obscure.

On pratiqua, dans le point le plus saillant, une incision d'un pouce de profondeur, qui ne donna issue qu'à de la sérosité sanguinolente. Arrêté par une crainte qui cependant n'était pas fondée, comme on le verra, nous n'osâmes porter plus profondément l'instrument tranchant : nous remplîmes la plaie de charpie et couvrîmes le tout d'un cataplasme.

Le lendemain, une sonde canelée fut portée dans le fond de l'incision, et après que l'extrémité de l'instrument eût déchiré un peu du tissu cellulaire, il sortit tout-à-coup un flot de pus; le bistouri, conduit sur la cannelure de la sonde, ouvrit largement le foyer de l'abcès. Le pus était épais, verdâtre et repandait une odeur intestinale propre à ces sortes d'abcès. La tumeur diminua sensiblement de volume; la fièvre cessa bientôt; la malade reprit insensiblement son embonpoint et sortit de l'hôpital après deux mois de séjour.

Méningite aiguë. Mort prompte. Ramollissement et perforation de l'estomac révélés à l'autopsie.

13 Mai 1842. Aujourd'hui est entré à l'hôpital le nommé Lahire François, âgé de 30 ans, charpentier, d'un tempérament sanguin, grand ivrogne, et se disant malade depuis trois jours. Il ne peut pas nous dire précisement la manière dont son mal a fait invasion : il a souffert de mal de tête, n'a pas eu de frissons, mais a eu une épistaxis assez abondante. Les symptômes qu'il offre, sont : une chaleur brûlante de la peau, un pouls plein et fort, donnant 64 pulsations par minute, il éprouve un sentiment de brisure dans les membres et dans les reins, une soif très-forte, la langue est blanche et humide; il n'y a point de vomissements, point de diarrhée, point de douleur à l'épigastre, ni dans les autres parties du ventre; il existe une céphalalgie intense, avec difficulté de supporter la lumière; les pupilles sont naturelles, les conjonctives et la face très-rouges, point de délire, point de prostration des forces. Rien du côté de la poitrine.

Avec ces symptômes, il est difficile de porter un diagnostic précis. Cet état peut indiquer l'invasion d'une fièvre typhoïde, comme celle d'une autre maladie grave. Dans l'in-

certitude, nous inscrivons le malade comme étant affecté de fièvre inflammatoire, et nous faisons une saignée générale, ordonnons une diète absolue et des boissons délayantes.

14 Mai. La nuit a été fort agitée, le malade n'a pas dormi un instant : tous les symptômes d'hier existent à un degré plus prononcé. Il n'a pas déliré, mais ses réponses sont rendues avec vivacité et comme si nos questions l'importunaient. Nous remarquons un tremblement dans les deux membres inférieurs et quelques chose de hagard dans les yeux. Ces deux circonstances, jointes aux habitudes d'ivrognerie du malade, nous font soupçonner l'invasion d'un delirium tremens. Nous insistons sur les remèdes antiphlogistiques.

En effet, vers le milieu de la journée, il survient subitement un délire qui prend, en peu d'instants, un degré de fureur : le malade se croit entouré d'une multitude d'animaux malfaisants, et fait des mouvements incessants pour les tenir éloignés de sa personne : on a été obligé de lui mettre la camisole. Les pupilles sont contractées fortement, la face est très-animée et plus rouge que la veille; il y a chaleur âcre de la peau du front, les artères carotides et temporales battent avec force : le tremblement, que nous avons remarqué le matin aux membres inférieurs, s'est étendu aux membres supérieurs : il y a écoulement involontaire des urines et des matières fécales. Le pouls bat 110 fois par minute et conserve sa force et sa plénitude. Il n'est pas possible de méconnaître une méningite aiguë. Nous faisons une nouvelle saignée et appliquons une masse de sangsues aux régions mastoïdiennes : compresses froides sur la tête; sinapismes aux pieds.

Le 15. Les traits du malade sont tout-à-fait décomposés, la face est pâle : les symptômes cérébraux sont aussi violents que hier : tout le corps est couvert d'une sueur visqueuse. (Vésicatoire à la nuque et aux jambes.)

Le malade meurt la nuit suivante, après que les symptômes d'excitation avaient fait place, une heure au-paravant, à un collapsus général.

Autopsie. — Injection générale des veines intra-craniennes, dure-mère à l'état normal; arachnoïde de couleur laiteuse, ayant perdu sa transparence et offrant un aspect nacré, mais principalement à la partie supérieure des hémisphères : quelques fausses membranes filamenteuses unissent cette membrane à la dure-mère. Pie-mère fortement injectée, et les plexus choroïdes boursoufflés, de couleur livide, rugueux et comme granulés à la surface : peu de sérosité dans les ventricules. Substance du cerveau de consistance naturelle, offrant, lorsqu'elle est incisée, une multitude de points rouges d'où sortent autant de goutelettes de sang.

État normal des poumons et du cœur.

A l'ouverture du ventre, on ne remarque d'abord rien de particulier : le péritoine, les intestins et le foie paraissent être à l'état le plus normal. L'estomac n'offre, à l'extérieur, aucune trace de lésion; mais ayant ouvert ce viscère, en place, le long de sa grande courbure, nous trouvons près du cardia, à droite et sur la petite courbure, un ramollissement de la membrane muqueuse, dans un espace que la paume de la main recouvrirait avec peine. Cette membrane y offre une couleur gris sale; elle est ramollie au point de se laisser enlever par le plus simple grattage. Au centre de cette portion ramollie, et dans une étendue qui peut être évaluée à celle que recouvrirait une pièce de cinq francs, les membranes muqueuse et musculeuse manquent entièrement, et les parois du viscère y sont réduites à l'épaisseur de la tunique péritonéale : il y existe, vers le milieu, une perforation circulaire du diamètre d'environ un franc, dont les bords, coupés en biseau, ont contracté des adhérences avec la face inférieure du foie, ce qui a empêché l'épanchement, dans la cavité du péritoine, des matières contenues dans l'estomac

Hématémèse répétée. Engorgement de la rate. Ascite consécutive, qui a nécessité six ponctions. Guérison.

Des faits pareils à celui que nous allons rapporter ne s'observent pas fréquemment dans la pratique de la médecine : il paraîtra d'autant plus digne d'intérêt, lorsqu'on saura que l'individu qui en fait le sujet, a été affecté, il y a sept ans, d'une maladie exactement semblable à celle pour laquelle il est venu invoquer nos soins : il subit alors dix-sept fois l'opération de la paracenthèse abdominale, dans l'espace de neuf mois qu'il passa à l'hôpital... L'histoire de cette maladie fut recueillie par notre collègue et ami Mr le Docteur Janssens et présentée à la *Société Médico-Chirurgicale*. L'observation suivie de réflexions très-judicieuses se trouve insérée dans la première livraison des *Annales de la Société*, année 1840, p. 10. Nous y renvoyons pour ce qui a trait aux commémoratifs de notre malade; on verra qu'il a toujours été grand ivrogne et qu'il menait une vie très-déréglée. Depuis l'époque de sa guérison, en Avril 1836, jusqu'à ce moment, Jean Gallein a éprouvé beaucoup de misère, il n'a pas discontinué son train de vie, faisant journellement abus de boissons spiritueuses, et c'est après avoir passé ainsi six ans dans un état de santé apparente, qu'il fut pris le 31 Mai 1842 d'un vomissement de sang qui l'obligea d'entrer le même jour à l'hôpital. Pendant la nuit suivante, l'hématémèse reparut à différentes reprises et le lendemain matin, à la visite, nous trouvâmes le malade dans l'état suivant : Pâleur de toute la surface du corps, face grippée, pouls très-fréquent, à peine perceptible : pas de douleurs à l'épigastre, légère douleur à l'hypochondre gauche réveillée par la pression : la percussion de cette région donnait un son mat dans une étendue qui dépassait beaucoup l'espace qu'occupe la rate à l'état normal. La palpation n'y découvrait aucune tumeur.

Le sang vomi la nuit, pouvait être estimé à trois livres : il était rouge et un peu écumeux. *Prescription.* Infusion de roses acidulée; boissons froides; vésicatoire à l'épigastre; sinapismes aux pieds.

1 Juin. Un nouveau vomissement de sang a eu lieu ce matin, et a failli couter la vie au malade. Ses extrémités sont froides; tout le corps est couvert d'une sueur visqueuse; une syncope prolongée a eu lieu; le pouls est imperceptible. Le même traitement est continué.

Dans le courant de la journée, une réaction salutaire s'opère, et depuis ce moment il se déclare une amélioration marquée.

Le 2. L'hématémèse n'a pas reparu; le mieux se soutient, mais le malade est très-faible. Infusion de roses acidulée; limonade vineuse.

Le 5. Les forces reviennent un peu, mais la couleur de la peau reste pâle. Légère alimentation.

Le 10. La peau offre une couleur jaune terreuse; il y a grand amaigrissement. Le ventre devient volumineux et l'on y sent de la fluctuation. Mixt. diurétique répétée journellement.

Le 20. L'ascite a fait de grands progrès et commence à gêner la respiration. La digestion se fait assez bien. Il y a un petit mouvement fébrile continu avec exacerbation le soir. Les extrémités ne sont pas infiltrées.

Le 25. On pratique la paracenthèse qui donne lieu à un écoulement abondant d'un liquide limpide de couleur citrine.

Peu de temps après cette opération, le ventre se remplit de nouveau et une nouvelle ponction est bientôt rendue nécessaire. Cette opération est répétée cinq fois, la dernière a lieu le 26 Août. Dans les intervalles, le malade fait usage de tisanes diurétiques. Depuis cette dernière époque, l'ascite n'a pas reparu, le mouvement fébrile s'est dissipé peu à peu : Gallein a repris depuis, et au 14 Octobre il quitte l'hôpital.

Dans ce moment, Mars 1844, la guérison paraît devoir être définitive.

Nous ne saurions rien ajouter aux réflexions que la première affection de notre malade à suggérées à notre collègue le Dr Janssens, et qui se trouvent à la suite de l'observation que nous avons mentionnée plus haut. Nous renvoyons, en conséquence, le lecteur à la 1re livraison des *Annales de la Société,* page 10.

Pneumonie double. Mort. Hépatisation grise dans les deux poumons.

Le nommé Gosse, tempérament sanguin, mousse à bord d'un navire français, après s'être exposé, dans un état d'ivresse, à l'air froid d'une nuit de Décembre, est pris le sur-lendemain, d'un frisson général, suivi de fièvre chaude, avec de la toux et un point de côté très-douloureux. Il entra à l'hôpital le 29 Décembre et offre pour symptômes : une douleur très-vive sous le sein du côté droit, avec gène de la respiration qui est précipitée et courte : la toux est presque continuelle et fatigue beaucoup le malade; il y a expectoration assez abondante d'un liquide écumeux, de couleur de rouille, très-visqueux et adhérent au vase : la douleur oblige le malade à rester couché sur le côté droit. La fièvre est forte : le pouls bat 105 fois par minute, il est plein et fort. Les symptômes fournis par la percussion et l'auscultation, sont : une matité du son dans la moitié inférieure de tout le côté droit, tant en arrière que sur le devant : on y entend un râle crépitant manifeste. A gauche, le son est clair; le bruit respiratoire a perdu de sa force et de sa pureté, surtout en arrière, où l'on entend un peu de râle sibilant. Le sommet des deux poumons donne des bruits normaux.

Trois saignées sont pratiquées dans la journée, et le malade prend une mixture mucillagineuse avec 3 grains de tartre stibié.

Le 30. Il y a une amélioration assez sensible. La douleur de côté est moins vive; la respiration est moins gênée, les crachats sont d'une couleur moins foncée, quelques-uns sont tout-à-fait muqueux. La matité du son et le râle crépitant persistent. Tartre stibié gr. iij.

Le 31. Les crachats sont muqueux et expectorés en abondance, quoique avec quelque difficulté. Le point de côté est sensiblement diminué : il y a forte transpiration et le pouls ne bat que 95 fois par minute. La matité du côté droit persiste encore, le râle crépitant est en partie disparu et l'on entend, à sa place, un souffle tubaire très-prononcé : la voix est retentissante. A gauche la sonoréité et le râle sibilant s'entendent encore.

Le 1er Janvier vers le soir, il survient subitement une récrudescence des symptômes. Le point de côté a repris son intensité primitive, la respiration est plus gênée que jamais, le malade se trouve dans une grande anxiété : les crachats sont épais et striés de sang : le pouls est à 120. Il y a eu plusieurs selles liquides. La matité et le souffle bronchique existent au même degré : on entend, en arrière et à droite, un peu de râle muqueux. A gauche, le son est mat, en arrière, et l'on y entend aussi un peu de souffle; mais sur le devant, le bruit respiratoire est encore perceptible, quoique faible. (Saignée générale. Mixture muc. avec tartre stibié, gr. iv.)

Le 2 même état que la veille. Le souffle bronchique est entre-mêlé, à droite, de râle muqueux; à gauche, la matité du son existe dans une plus grande étendue, le souffle bronchique entre-mêlé, de râle muqueux s'entend sur le devant de la poitrine comme en arrière de ce côté, mais seulement dans le tiers inférieur. (Mixt. muc. avec tartre stibié gr. viij.)

Le 3. Il y a amélioration apparente : la gêne de la respiration est moindre ainsi que la douleur du côté droit, les crachats ne sont plus mêlés de sang : le pouls conserve toujours sa fréquence. Les signes physiques sont les mêmes. (Mixt. muc. tartre stibié gr. x, large vésicatoire sur le côté droit.)

Le 4. Même état. Même traitement. Mort dans la journée du 5, après une longue agonie.

Autopsie. Le poumon droit est libre d'adhérences avec la plèvre costale : cette membrane offre, en arrière, quelques plaques rouges, mais pas de sérosité dans sa cavité. Le poumon présente, dans la moitié inférieure environ, une couleur jaunâtre; son tissu ne crépite pas lorsqu'on le presse; le doigt, au contraire, y laisse une impression comme dans un tissu infiltré. Lorsqu'on l'incise, il offre tous les caractères de l'hépatisation grise, un flot de liquide purulent en ruissèle : le tissu ramolli se laisse facilement déchirer. A la partie supérieure du poumon, le tissu offre tous les caractères de l'état normal.

A gauche, il existe quelques adhérences faibles et récentes entre la plèvre costale et pulmonaire. On y trouve les mêmes altérations que dans le poumon droit.

Les autres viscères thoraciques et abdominaux sont à l'état normal. — La tête n'a pas été ouverte.

English & Scottish Medical Degrees.

To the Editor of the Scotsman

Sir,   Edin: July 20. 1854.

In your paper of Wednesday last, the proposed recognition of Scottish Medical Degrees as qualifications for practice is discussed in general terms, but obviously with reference to the alleged conflicting interests of the University & College of Surgeons of Edinburgh. As the interests of these bodies so far from being opposed to each other are really inseparably connected, & as it is desirable that erroneous ideas on this subject should not be entertained, especially while the measure in question is under the consideration of Parliament, I beg you will insert the following statement:—

The Universities of Scotland may if you please, be represented as monastic institutions & remnants of a darker age, but whatever they were originally, certainly at present possess as Professors the Members of the Profession in Scotland who are most extensively engaged in the practice of Physic & Surgery & who have done most to promote the advancement of Medical Science. The degree or certificate of approval conferred by men whose name character & public appointment afford the surest guarantee for the efficient discharge

of their duty has always been
considered in Scotland an ample
qualification for Medical practice
& was equally ~~to~~ received in
England until the London
Apothecaries stole a march
upon the caution of the Legis-
-lature in 1815. The University
of Edinburgh is at present the
most numerously attended
~~school~~ Medical School in her
Majesty's dominions, & every thing
that tends to increase the
number of its students must
in a corresponding degree benefit
the College of Surgeons, whose
income depends upon the fees
paid for its diplomas. But
if the Universities of London
& Durham are allowed to
qualify for Medical practice
in England while it continues
to be impossible to ~~[illegible]~~
obtain this privilege by any
extent of education or exam-
-ination in Scotland, there

must be an additional in-
ducement afforded to withdraw
attendance from Edinburgh.
Now the Bill which has been
proposed would have the
effect of enabling Students
to obtain the right of
General practice in England
without the license of a
London board, since the
University degree would defend
them from the penalties of
the Apothecaries Company:
while the Surgical diploma
or that of the Glasgow
Faculty of Physicians Surgeons
would supply what was
wanting for their admission
into the Service of the
Army, the Navy the

East India Company
& the poor Law Unions
What has been said
will I trust be sufficient
to shew how far it was
proper to introduce a bill
for the relief of the Scottish
Universities & how far
the College of Surgeons is
acting with liberality
& prudence in opposing it.

I am &c

(Signed) James Syme.